

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Markus Kurth,
Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/9490 –**

Das Reha-Budget der gesetzlichen Rentenversicherung bedarfsgerecht gestalten

Vorbemerkung der Fragesteller

Das Budget der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe orientiert sich entsprechend § 220 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) an der voraussichtlichen Bruttolohnentwicklung. Im Jahr 2010 wurde das Budget mit über 99 Prozent faktisch ausgeschöpft, auch für 2011 ist mit einer vollständigen Ausschöpfung zu rechnen. Die demografisch bedingte Alterung der erwerbstätigen Bevölkerung, die schrittweise Heraufsetzung des Renteneintrittsalters und der Umstand, dass drei Viertel aller Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Altersgruppe ab 45 Jahren benötigt werden, erfordern ein Umdenken in der Finanzierung der Rehabilitation. So lässt sich der gesetzlich verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ angesichts der absehbaren Entwicklung nur mit einer angemessenen Erhöhung des Budgets für Teilhabeleistungen erfüllen. Eine Orientierung an der Bruttolohnentwicklung allein wird den sich ändernden Anforderungen nicht gerecht.

Mit dem Referentenentwurf des Lebensleistungsanerkennungsgesetzes hat die Bundesregierung einen Vorschlag zur Anpassung des Budgets vorgelegt. Der Entwurf der Bundesregierung für ein „demografiefestes Reha-Budget“ sieht für die Jahre zwischen 2017 und 2050 für jedes Jahr eine Demografiekomponente vor: einen Faktor, der zusätzlich zur voraussichtlichen Bruttolohnentwicklung bei der Festsetzung der jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe gesondert zu berücksichtigen ist.

Eine erste Anhebung des Reha-Budgets über mögliche Steigerungen durch Veränderungen in der Bruttolohnentwicklung hinaus ergibt sich nach genanntem Referentenentwurf erst in fünf Jahren. Dem bereits heute erhöhten Rehabilitationsbedarf wird eine derart verzögerte Anhebung des Budgets für Teilhabeleistungen nicht gerecht, ein deutlicher Anstieg der Erwerbsminderungsrenten wäre vorgezeichnet.

1. Aus welchem Grund sieht die Bundesregierung im Referentenentwurf die Anhebung des Reha-Budgets der Rentenversicherung erst für das Jahr 2017 vor, obwohl der Anstieg der Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter bereits früher einsetzt?

Die vorgesehene Regelung berücksichtigt den demografisch bedingt temporär erhöhten Reha-Bedarf in angemessener Weise. Der Bundesrechnungshof und der Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages sehen im Bereich der Rehabilitation der Rentenversicherung Effizienzreserven, die vor einer Anhebung des Reha-Budgets vorrangig zu nutzen sind.

2. Warum geht die Bundesregierung davon aus, das Budget für Teilhabeleistungen mit einem bis 2050 für jedes einzelne Jahr bereits heute festgelegten Demografiefaktor bedarfsgerecht gestalten zu können?
3. Welche Annahmen über die Bruttolohnentwicklung setzt die Bundesregierung in ihrer Berechnung des Demografiefaktors voraus?
4. Welche bedarfserhöhenden Faktoren wurden bei der Festlegung des Demografiefaktors berücksichtigt?
5. Wurde eine Gewichtung der Faktoren vorgenommen?

Wenn ja, wie wurden die verschiedenen Faktoren im Verhältnis zueinander gewichtet?

Die demografische Komponente in der Fortschreibung des Reha-Budgets, wie sie der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zum RV-Lebensleistungsanerkennungsgesetz enthält, bemisst sich nach der Veränderung des Anteils der Bevölkerung im Alter 45 bis unter 67 Jahre an der Gesamtbevölkerung mit einem Zeitverzug von drei Jahren. Weitere Faktoren wie zum Beispiel die Bruttolohnentwicklung, die bereits nach geltendem Recht bei der Festlegung des Rehabilitationsbudgets berücksichtigt wird, sind nicht enthalten. Der Referentenentwurf wird derzeit innerhalb der Bundesregierung abgestimmt.

6. Welche im Rahmen des Regierungsdialogs Rente erarbeiteten Anregungen zur Gestaltung des Reha-Budgets wurden in den Referentenentwurf aufgenommen?

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat die Forderungen aus dem Rentendialog aufgenommen, die Entwicklung des Reha-Budgets nicht nur an der Bruttolohnentwicklung, sondern auch an der demografischen Entwicklung zu orientieren.

7. Welche Anregungen zur Gestaltung des Reha-Budgets vonseiten der Deutschen Rentenversicherung, der Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften wurden in den Referentenentwurf aufgenommen?

Siehe Antwort zu Frage 6.

8. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Deutschen Rentenversicherung Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund: Reha-Bedarfsentwicklung und Reha-Budget) bzw. die Einschätzung des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB Bundesvorstand, Abteilung Sozialpolitik: Referentenentwurf für ein RV-Lebensleistungsanerkennungsgesetz – Darstellung der Vor-

schläge und erste Bewertung des DGB vom 22. März 2012), dass eine Fortführung der Begrenzung des Budgets in seiner jetzigen Form zukünftig nur durch Verzicht auf notwendige Leistungen möglich sein wird?

Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung teilt nicht die Auffassung, dass die Einhaltung des Reha-Budgets nur durch Verzicht auf notwendige Leistungen möglich ist. Die Träger der Rentenversicherung sind gesetzlich verpflichtet, bei Erfüllung der medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen jede medizinisch notwendige Rehabilitationsleistung an ihre Versicherten zu erbringen. Die Versicherungsträger sind aufgefordert, die vom Bundesrechnungshof und dem Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages benannten Wirtschaftlichkeitsreserven im Bereich der Rehabilitation zu nutzen.

9. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Deutschen Rentenversicherung Bund, dass ein Verzicht auf notwendige Leistungen zu einer Steigerung der Zahl der Erwerbsminderungsrenten führt?

Wenn ja, wie stellt sich die Bundesregierung die Finanzierung des zusätzlichen Leistungsbedarfs vor?

Wenn nein, warum nicht?

Da alle medizinisch notwendigen Rehabilitationsleistungen zu erbringen sind, geht die Bundesregierung nicht davon aus, dass die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten aus diesem Grund steigen wird.

10. Ausgewiesen für die letzten fünf Jahre, wie viel Prozent der Pflichtversicherten mit Rehabilitation in den Bereichen Skelett/Bindegewebe/Muskel, psychische Störungen, Herz-Kreislauf, Onkologie stehen 2, 4, 6, 12, 18 und 24 Monate nach der Rehabilitation noch im Erwerbsleben, und wie viel Prozent sind (bitte separate Ausweisung) durch Altersrente, Erwerbsminderungsrente oder Tod aus dem Erwerbsleben ausgeschieden?

Der Verbleib oder das Ausscheiden der pflichtversicherten Rehabilitanden im bzw. aus dem Erwerbsleben wird durch das Instrument des sozialmedizinischen Verlaufs gemessen. Die Methodik wurde seinerzeit durch Empfehlungen der Reha-Kommission des früheren Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger festgelegt. Der Zeitraum von 24 Monaten ist lang genug, um die Beitragszahlungen nach Ende der Reha-Leistung nachzuverfolgen und den Erfolg der Leistung zu beurteilen. Kürzere Abstände sind nicht aussagekräftig, da beispielsweise das Bewilligungsverfahren einer Erwerbsminderungsrente einschließlich medizinischer Begutachtung einige Monate in Anspruch nimmt. Im Folgenden werden die Ergebnisse des sozialmedizinischen Verlaufs nach Diagnosegruppen auf Datenbasis der Reha-Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund für die Jahre 2005 bis 2007 dargestellt; neuere Zahlen liegen nicht vor.

**Sozialmedizinischer Verlauf nach Diagnosegruppen
in den Jahren 2005 bis 2007
(Anzahl und Anteile der Rehabilitanden)**

Diagnosegruppe	2005	2006	2007
Muskeln/Skelett/Bindegewebe	251.579	253.765	273.986
davon nach 2 Jahren ...			
mit lückenlosen Beiträgen	77%	78%	78%
mit lückenhaften Beiträgen	11%	12%	12%
mit EM-Rente	7%	6%	5%
mit Altersrente	4%	4%	4%
aus Erwerbsleben heraus verstorben	0%	0%	0%
Psychische Erkrankungen ohne Sucht	83.934	81.022	90.005
davon nach 2 Jahren ...			
mit lückenlosen Beiträgen	68%	68%	68%
mit lückenhaften Beiträgen	15%	15%	16%
mit EM-Rente	15%	14%	14%
mit Altersrente	2%	2%	2%
aus Erwerbsleben heraus verstorben	0%	0%	0%
Herz/Kreislauf	59.027	58.873	60.703
davon nach 2 Jahren ...			
mit lückenlosen Beiträgen	66%	68%	68%
mit lückenhaften Beiträgen	11%	12%	13%
mit EM-Rente	16%	14%	13%
mit Altersrente	6%	5%	5%
aus Erwerbsleben heraus verstorben	1%	1%	1%
Neubildungen	58.693	60.270	61.902
davon nach 2 Jahren ...			
mit lückenlosen Beiträgen	52%	51%	52%
mit lückenhaften Beiträgen	10%	15%	17%
mit EM-Rente	24%	21%	16%
mit Altersrente	10%	9%	8%
aus Erwerbsleben heraus verstorben	4%	5%	7%

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Reha-Statistik

11. Sieht die Bundesregierung Einsparpotenziale in den Ausgaben der Rentenversicherung für Teilhabeleistungen?

Wenn ja, wo, und in jeweils welchem Umfang?

Die Bundesregierung prüft die vom Bundesrechnungshof und vom Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages genannten Einsparpotenziale.

Beschluss des Rechnungsprüfungsausschusses des Deutschen Bundestages vom 18. Dezember 2009:

„Der Ausschuss erwartet, dass das BMAS seine Einflussmöglichkeiten auf die Deutsche Rentenversicherung nutzt und sicherstellt, dass die Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der trägereigenen Kliniken konsequent fortgesetzt werden.“

Der Bundesrechnungshof sieht generell eine Demografiekomponente als zusätzlichen Faktor zur Fortschreibung des Reha-Deckels neben der Bruttolohnentwicklung kritisch, da aus seiner Sicht noch hinreichende Wirtschaftlichkeitsreserven in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung vorhanden sind, um die bedarfsgerechten Leistungen auch ohne eine Demografiekomponente zu finanzieren. Nach seiner Ansicht sollten die Träger der Deutschen Rentenversicherung das Reha-Budget nicht weiter für Betriebszuschüsse an ihre nach seiner Auffassung unwirtschaftliche Eigenbetriebe (Reha-Kliniken) einsetzen. Darüber hinaus empfiehlt er, dass die Träger der Deutschen Rentenversicherung für ein breit angelegtes Programm „Pro Gesundheit“ zusammen mit den staatlichen Stellen und relevanten gesellschaftlichen Gruppen einsetzen und so den Grundsatz „Reha vor Rente“ unterstützen. Zugleich sollten sie sich um individuelle Anreize für eine gesundheitsbewusste und einer längeren Lebensarbeitszeit aufgeschlossene Lebensweise möglichst aller Versicherten bemühen.

Der Präsident des Bundesrechnungshofes hat als Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung entsprechend Stellung genommen.

12. Wurden diese Einsparpotenziale bei der Kalkulation des künftigen Reha-Budgets berücksichtigt, und wenn ja, in welcher Form, und in welcher Höhe?

Mögliche Einsparpotenziale werden geprüft (s. Antwort zu Frage 11). Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 2 bis 5 verwiesen.

13. Wie schnell können aus Sicht der Bundesregierung eventuell vorhandene Einsparpotenziale realisiert werden?

Mit der Realisierung von Effizienzreserven entsprechend den Vorschlägen des Rechnungsprüfungsausschusses und des Bundesrechnungshofes, der Behebung von Schnittstellenproblemen und der Umsetzung einer zielgenaueren Zuordnung von Leistungen zur Rehabilitation können Einsparungen bereits kurz- und mittelfristig gehoben werden.

14. Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Bundesrechnungshofs (Bundesrechnungshof: Bemerkungen 2011 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes vom 17. April 2012), die Rentenversicherung habe bei Investitionen in zwei trägereigene Rehabilitationskliniken nicht ausreichend geprüft, ob diese wirtschaftlich sind?

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrechnungshofes, dass bei den genannten Investitionen des betroffenen Regionalträgers der Deutschen

Rentenversicherung keine ausreichenden Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchgeführt wurden.

15. Wie viele der laut Bundesrechnungshof vorhandenen 82 Eigeneinrichtungen der Rentenversicherungsträger arbeiteten im Durchschnitt der letzten zehn Jahre wirtschaftlich, wie viele erwirtschafteten Verluste in welcher Höhe, und wie bewertet die Bundesregierung diese Zahlen?

Von den 82 Eigeneinrichtungen der Rentenversicherungsträger liegen 22 Reha-zentren in der Zuständigkeit der DRV Bund und neun in der Zuständigkeit der DRV Knappschaft-Bahn-See (KBS); die übrigen Einrichtungen werden von den DRV-Regionalträgern betrieben. Der Bundesregierung liegen nur Daten der Eigeneinrichtungen der Bundesträger vor, die Aufschluss über die Wirtschaftlichkeit dieser Einrichtungen geben.

Die DRV Bund stellt erst seit dem Jahr 2009 im Rahmen ihres Jahresabschlusses eine Gewinn- und Verlustrechnung auf, die für das Jahr 2009 einen Verlust in Höhe von 18,8 Mio. Euro und für das Jahr 2010 einen Verlust in Höhe von 6,5 Mio. Euro ausweist. Die DRV KBS erwirtschaftete im Jahr 2009 einen Gewinn von 1 Mio. Euro und im Jahr 2010 einen Verlust von 89 000 Euro. Sämtliche Verluste sind im wesentlichen durch Mindereinnahmen wegen Baumaßnahmen bedingt gewesen, die infolge eingeschränkter Belegungsmöglichkeiten erhebliche Ertragseinbußen nach sich zogen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und die DRV Bund setzen den in der Antwort zu Frage 11 genannten Beschluss des Rechnungsprüfungsausschusses des Deutschen Bundestages vom 18. Dezember 2009 um, die Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der trägereigenen Kliniken konsequent fortzusetzen.

16. Steht die Bundesregierung im Austausch mit der Rentenversicherung über die vom Bundesrechnungshof kritisierten fehlenden Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen ihrer Ausgaben für Reha-Kliniken, und wenn ja, welches Ziel verfolgt die Bundesregierung in diesen Gesprächen?

Die Bundesregierung hat die Bemerkungen des Bundesrechnungshofs bereits im Mai 2011 im Rahmen einer Aufsichtsbehördentagung der Bundes- und Landesversicherungsträger erörtert. Im Rahmen dieser Tagung ist folgender Beschluss gefasst worden:

„Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder werden im Rahmen der jeweiligen Aufsicht unterstehenden Träger der gesetzlichen Rentenversicherung anhalten, bei allen finanzwirksamen Maßnahmen bezüglich RV-eigener Rehabilitationskliniken Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchzuführen und zu dokumentieren, die grundsätzlich auf der Rahmenrichtlinie für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen in Reha-Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung vom 14.10.2008 basieren“ (siehe auch Antwort zu Frage 14).

17. Wie hat sich die Zahl der Anträge auf Leistungen zur Teilhabe bei der Rentenversicherung im Verhältnis zur Zahl der bewilligten Anträge seit 2005 entwickelt (bitte nach Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation differenzieren und für jedes Jahr einzeln angeben)?

Die erfragten Daten sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen.

**Anzahl der Antragszugänge und Bewilligungen auf Leistungen zur Teilhabe sowie
Verhältnis der Bewilligungen zu Antragszugängen und Erledigungen in den Jahren 2005 bis 2011**

Jahr des Antrages	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe				Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben			
	Anzahl der		Verhältnis der Bewilligungen zu		Anzahl der		Verhältnis der Bewilligungen zu	
	Anträge	Bewilligungen	Anträgen	Erledigungen	Anträge	Bewilligungen	Anträgen	Erledigungen
2005	1.295.991	879.796	67,9	68,1	339.616	219.550	64,6	63,4
2006	1.382.569	926.246	67,0	66,8	358.343	227.298	63,4	63,5
2007	1.504.640	999.185	66,4	66,3	387.153	254.035	65,6	65,8
2008	1.589.104	1.064.005	67,0	67,5	385.364	269.240	69,9	70,6
2009	1.639.294	1.102.671	67,3	67,6	399.688	290.526	72,7	73,4
2010	1.669.142	1.062.500	63,7	63,9	412.966	284.848	69,0	69,9
2011	1.690.818	1.087.785	64,3	64,1	397.388	271.714	68,4	68,2

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung

18. Welche Effekte können sich nach Einschätzung der Bundesregierung bei steigenden Antragszahlen bei der Rentenversicherung und einer verzögerten Ausweitung des Reha-Budgets für die medizinische Rehabilitation ergeben, insbesondere im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung und einen wirtschaftlich sinnvollen Ausbau ambulanter Strukturen?
19. Welche Effekte können sich nach Einschätzung der Bundesregierung bei steigenden Antragszahlen bei der Rentenversicherung und einer verzögerten Ausweitung des Reha-Budgets für die berufliche Rehabilitation ergeben, insbesondere im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung und einen wirtschaftlich sinnvollen Ausbau ambulanter Strukturen?

Die Bundesregierung erwartet, dass die Träger der Rentenversicherung bedarfsgerecht ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation erbringen und ihrer Strukturverantwortung nach § 19 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) gerecht werden, indem sie darauf hinwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Mit der Realisierung von Effizienzreserven entsprechend den Vorschlägen des Rechnungsprüfungsausschusses und des Bundesrechnungshofes, der Behebung von Schnittstellenproblemen und der Umsetzung einer zielgenaueren Zuordnung von Leistungen zur Rehabilitation können Einsparungen bereits kurz- und mittelfristig gehoben werden, so dass keine besonderen Effekte zu erwarten sind (siehe auch Antwort zu Frage 13).

20. Haben sich die Wartezeiten für Leistungen zur beruflichen Rehabilitation seit 2005 verlängert?
- Wenn ja, besteht nach Auffassung der Bundesregierung ein Zusammenhang zwischen verlängerten Wartezeiten für Leistungen zur beruflichen Rehabilitation und der Deckelung der Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe nach § 220 SGB VI, bzw. welche alternativen/weiteren Gründe sieht die Bundesregierung für verlängerte Wartezeiten?

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung konnte die durchschnittliche Antrittslaufzeit für berufliche Bildungsleistungen zwischen 2005 und 2011 um fünf Tage verkürzt werden (39,3 auf 34 Tage).

21. Haben sich die Belegungszahlen bei den Berufsförderungswerken durch die Rentenversicherung seit 2005 nach unten entwickelt?

Wenn ja, besteht nach Auffassung der Bundesregierung ein Zusammenhang zwischen rückläufigen Belegungszahlen bei den Berufsförderungswerken durch die Rentenversicherung und der Deckelung der Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe nach § 220 SGB VI, bzw. welche alternativen/weiteren Gründe sieht die Bundesregierung für den Rückgang der Belegungszahlen?

Die Bewilligungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Berufsförderungswerken durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind von insgesamt 24 408 im Jahr 2005 auf 27 517 im Jahr 2010 gestiegen (Zahlen für 2011 liegen noch nicht vor). Die Bewilligungszahlen wirken sich entsprechend auf die Belegung der Berufsförderungswerke aus. Genaue Belegungszahlen in den Berufsförderungswerken liegen der Deutschen Rentenversicherung Bund nicht vor.

22. Welche Auswirkungen hat nach Einschätzung der Bundesregierung der durch die Deckelung der Teilhabeleistungen der Rentenversicherung erhöhte Kostendruck auf die Bearbeitung der von der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur (vgl. Rehavision. Chancen und Perspektiven der beruflichen Rehabilitation. Sonderausgabe RehaFutur) benannten Handlungsfelder zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation für Erwachsene durch die Rentenversicherung, insbesondere in den Bereichen:

- a) Stärkung der Selbstbestimmung der Rehabilitanden;
- b) Verbesserung des Zugangs zur beruflichen Rehabilitation (verbesserte Informationsvermittlung und Beratung);
- c) Einführung einer flächendeckenden und unabhängigen Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung;
- d) Individualisierung und Flexibilisierung der beruflichen Rehabilitation;
- e) Verbesserung des Übergangs von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation;
- f) Verbesserung des Übergangs von der beruflichen Rehabilitation auf den Arbeitsmarkt, und
- g) Optimierung der Steuerung des Rehabilitationsprozesses?

Die Bundesregierung hat auf Grundlage der von der wissenschaftlichen Fachgruppe erarbeiteten Handlungsfelder im Januar 2010 eine neue Etappe im Diskussionsprozess eingeleitet. Es ist gelungen, gemeinsam mit allen verantwortlich Beteiligten eine akzeptierte Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation zu erarbeiten. Darauf aufbauend sind vier Institutionen übergreifende Arbeitsgruppen zu den Kernthemen

- Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung,
- Steuerung des Eingliederungsprozesses,
- Beruf und Arbeitswelt sowie
- Forschung

gebildet worden mit dem Ziel, weitere Umsetzungsvorschläge zu erarbeiten. Die Rentenversicherung hat aktiv in allen Arbeitsgruppen mitgearbeitet und war für die Arbeitsgruppe „Steuerung des Eingliederungsprozesses“ federführend verantwortlich. Der vollständige Bericht aus diesem Vorhaben ist Ende Mai 2012 dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales übergeben worden.

Die Umsetzung der Ergebnisse obliegt allen verantwortlichen Akteuren des Systems beruflicher Rehabilitation. Die Bundesregierung geht davon aus, dass auch die Rentenversicherung die gemeinsam definierten und abgestimmten Ziele umsetzen wird. Sofern davon ausgegangen wird, dass die Umsetzung der Ergebnisse zu einer erhöhten Wahrnehmung der Rehabilitation im Allgemeinen und der spezifischen Leistungen der Rentenversicherung im Besonderen in der Bevölkerung führen wird, wird der Aspekt der Erbringung der Leistungen nach dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit von besonderer Bedeutung sein.

23. Besteht aus Sicht der Bundesregierung die Möglichkeit, dem Fachkräftemangel durch Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen sinnvoll zu begegnen?

Wenn ja, inwiefern wirkt sich hier der Kostendruck negativ aus?

Die Bundesregierung verfolgt für die Sicherung der Fachkräftebasis eine umfassende Strategie, die sie in dem im Juni 2011 publizierten Fachkräftekonzept „Fachkräftesicherung – Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung“ darlegt. In dem Fachkräftekonzept werden fünf Sicherungspfade definiert. Unter dem ersten Sicherungspfad „Aktivierung und Beschäftigungssicherung“ ist auch die Erhaltung und Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur Teilhabe zu verstehen. Auf die Realisierung von Effizienzreserven durch die Träger der Deutschen Rentenversicherung entsprechend den Vorschlägen des Rechnungsprüfungsausschusses und des Bundesrechnungshofes wird verwiesen.

